



Departamento de Justicia de los Estados Unidos

División de Derechos Civiles

Oficina del Asistente del Fiscal General

Washington D.C., 20530

23 de enero de 2004

Honorable señora  
Janet Napolitano  
Gobernadora de Arizona  
1700 West Washington,  
Phoenix, Arizona 85007

Re: Investigación de *CRIPA*\* de la Escuela *Adobe Mountain* y de la Escuela *Black Canyon* en Phoenix, Arizona, y de la Escuela *Catalina Mountain* en Tucson, Arizona

Estimada gobernadora Napolitano:

Le escribo para informarle sobre los resultados de la investigación a cargo de la División de Derechos Civiles en el estado de Arizona, en la Escuela *Adobe Mountain* ("*Adobe*" de aquí en adelante), la escuela *Black Canyon* ("*Black Canyon*" de aquí en adelante) y Escuela *Catalina Mountain* ("*Catalina*" de aquí en adelante).

El 6 de junio de 2002, notificamos a la anterior gobernadora, Jane Hull, sobre nuestra intención de conducir una investigación en *Adobe*, *Black Canyon* y *Catalina* (llamadas colectivamente "*las instalaciones*") de conformidad con la Ley de los Derechos Civiles de las Personas Institucionalizadas (*Civil Rights of Institutionalized Persons Act*, o *CRIPA*, por sus siglas en inglés), 42 U.S.C. § 1997 (Código de los Estados Unidos, título 42, sección 1997) y la Ley de 1994 sobre Control de Crímenes Violentos y de las Autoridades que Hacen Cumplir la Ley (o *Violent Crime Control and Law Enforcement Act of 1994*, 42 U.S.C. § 14141) (o "Sección 14141" de aquí en adelante). Tal y como hemos indicado, tanto *CRIPA* como la Sección 14141 otorgan autoridad al Departamento de Justicia para buscar un recurso ante un patrón o práctica de conducta que viola los derechos constitucionales o las

---

\* **Nota del traductor: CRIPA**= Ley de los Derechos Civiles de las Personas Institucionalizadas. Esta ley federal permite al Departamento de Justicia demandar a cualquier instalación a nombre de los derechos civiles de los presos y fomenta el desarrollo de programas de quejas. TV

♦ **Nota del traductor: 42 U.S.C.**= El Título 42 del Código de los Estados Unidos (compilación oficial de la legislación federal del país) se refiere a la Salud y Bienestar Públicos. TV

^ **Nota del traductor:** El símbolo "§" significa "sección" (cuando se habla de leyes). TV

disposiciones federales sobre derechos de los niños internados en instituciones correccionales juveniles.

Entre el 1 de octubre de 2002 y el 13 de enero de 2003, realizamos inspecciones en el sitio de las instalaciones con consultores expertos en justicia penal juvenil, prevención del suicidio, educación, salud mental y servicios médicos. Visitamos *Adobe* del 1 al 4 de octubre de 2002 y del 5 al 9 de enero de 2003. Visitamos la escuela *Black Canyon* del 22 al 25 de octubre de 2002 y del 10 al 13 de enero de 2003. Visitamos la escuela *Catalina Mountain* del 3 al 6 de diciembre y del 17 al 20 de diciembre de 2002. Mientras estuvimos en las instalaciones, entrevistamos a miembros del personal, a jóvenes residentes, a proveedores de servicios médicos y de salud mental, maestros y personal administrativo de las escuelas. Antes, durante y después de nuestras visitas, revisamos un extenso número de documentos, incluyendo políticas y procedimientos, reportes sobre incidentes, registros médicos y de salud mental, quejas de parte de los jóvenes residentes, investigaciones del departamento de Asuntos Internos (o *Internal Affairs*, en inglés), registros de las residencias o unidades, registros de comunicaciones, materiales de orientación, materiales para capacitación del personal y documentos de las escuelas. Como también prometimos al principio de nuestra investigación, también realizamos conferencias de salida con personal de las instalaciones y de la Oficina Central al concluir cada visita, y durante estas conferencias nuestros consultores describieron sus impresiones e inquietudes iniciales.

Elogiamos al personal de las instalaciones y de la Oficina Central del Departamento de Correcciones Juveniles de Arizona (*Arizona Department of Juvenile Corrections* o *ADJC*, por sus siglas en inglés) (*ADJC*, de aquí en adelante) por su conducta servicial y profesional durante el curso de la investigación. El personal y los administradores nos dieron su total colaboración para nuestra investigación. También agradecemos la receptividad del *ADJC* hacia las recomendaciones de nuestros consultores en el lugar.

De manera consistente con nuestra obligación de cumplir con las disposiciones federales bajo *CRIPA*, ahora escribimos para notificar sobre los resultados de nuestra investigación, los hechos que la apoyan, y los pasos correctivos mínimos que son necesarios para hacer frente a las deficiencias que se presentan a continuación. Como se describe más en detalle más adelante, concluimos que algunas deficiencias serias en estas instalaciones violan las disposiciones federales y los derechos constitucionales de los jóvenes residentes. En particular, encontramos que los jóvenes que están confinados en *Adobe*, *Black Canyon* y *Catalina* sufren daño o corren el riesgo de sufrir daño debido a deficiencias constitucionales en las medidas de prevención del suicidio en las instalaciones, al igual que deficiencias en las prácticas correccionales y en los servicios médicos y de salud mental. Además, encontramos que las instalaciones no brindan los servicios educativos requeridos de conformidad con la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (*Individuals with Disabilities Education Act*, o *IDEA*, por sus siglas en inglés), con el título 20 del Código de los Estados Unidos, § 1401 y siguientes, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (*Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973* ("Sección 504" de aquí en adelante) y con el título 29 del Código de los Estados Unidos, sección 794 (*29 U.S.C. § 794* en inglés).

## I. ANTECEDENTES

La escuela *Adobe Mountain* es una institución de seguridad con capacidad para 430 camas<sup>1</sup> para jóvenes, que también sirve como centro de Recepción, Evaluación y Clasificación para los nuevos internamientos de menores del condado de Maricopa (*Reception, Assessment, and Classification* o *RAC*, por sus siglas en inglés). Después de completar un proceso de *RAC* de 28 días, los jóvenes son enviados a una de tres instituciones de seguridad: *Adobe*, la Escuela *Eagle Point* en Buckeye, o *Catalina* en Tucson. Aproximadamente 426 jóvenes entre las edades de 13 y 17 años estaban confinados en *Adobe* durante nuestras visitas. *Adobe* tiene 14 residencias o unidades, incluyendo unidades especializadas para albergar jóvenes que han cometido delitos sexuales, delitos violentos, delitos por abuso de drogas, y una residencia especializada en salud mental, llamada *Triumph*<sup>2</sup>. *Adobe* también tiene una residencia para separación de diez camas.

La escuela *Black Canyon* es una institución de seguridad para menores infractoras con capacidad para 182 camas. Es la única instalación para niñas internadas bajo la custodia del *ADJC*, y opera su propia unidad de *RAC*. Al momento de nuestra primera visita, estaban confinadas aproximadamente 108 muchachas entre las edades de 14 a 17 años; la población disminuyó a cerca de 90 durante la visita de enero de 2003. *Black Canyon* tiene siete residencias o unidades, incluyendo una unidad de tratamiento especial para infractoras violentas, una residencia para jóvenes con problemas de abuso de drogas, una unidad de tratamiento para salud mental llamada *Maya*, y una unidad para jóvenes que incumplen las condiciones de libertad condicional (*parole* en inglés). Existe también una unidad de separación para muchachas que requieren ser segregadas (apartadas) del resto de la población.

La escuela *Catalina Mountain* es una institución de seguridad para varones con capacidad para 140 camas y es el lugar inicial de entrada para los condados de Pima, Santa Cruz y Cochise.<sup>3</sup> Aproximadamente 136 jóvenes entre las edades de 13 y 17 años estaban confinados en esta instalación en el momento de nuestras visitas. *Catalina* tiene seis residencias o unidades, incluyendo tres residencias generales, una unidad para infractores violentos, otra para infractores sexuales y una residencia para problemas de abuso de drogas. *Catalina* también cuenta con una unidad de Separación de diez camas.

---

<sup>1</sup> Adobe tiene una capacidad física de 544 camas, pero el *ADJC* considera que su capacidad operativa está limitada a 430.

<sup>2</sup> Tanto la residencia *Triumph* localizada en el campus de *Adobe* como la residencia *Maya* localizada en el campus de *Black Canyon* constituyen el programa de salud mental especializado del *ADJC*, llamado Encanto.

<sup>3</sup> *Catalina* tiene una capacidad física de 150 camas, pero el *ADJC* considera que su capacidad operativa está limitada a 140.

## II. RESULTADOS

### A. Prevención de suicidios

Entre los meses de abril de 2002 y marzo de 2003, tres jóvenes se suicidaron en *Adobe*, todos ellos mediante ahorcamiento, y dos de ellos vivían en la misma residencia.

El 11 de abril de 2002, un joven fue encontrado muerto en la residencia *Freedom* de *Adobe*, con una sábana amarrada a su cuello.

El 11 de julio de 2002, un joven se suicidó ahorcándose con una sábana en la residencia *Enterprise* de *Adobe*.

El 23 de marzo de 2003, un joven se estranguló hasta la muerte con su propio cinturón en la residencia *Freedom* de *Adobe*.

Este número de suicidios en un periodo de 12 meses es extremadamente alto para cualquier institución de justicia penal juvenil. De hecho, de acuerdo con una reciente encuesta a 3800 instituciones de menores a lo largo de los Estados Unidos que cubrió un periodo de cinco años entre 1995 y 1999, solamente otras dos instituciones (un .0005%) han tenido tres o más suicidios consumados durante un periodo de 12 meses. Nuestra investigación reveló que los suicidios en *Adobe* son emblemáticos de las inadecuadas medidas y prácticas para la prevención de suicidios en todas las instalaciones.

En general, los diferentes estados deben brindar a los menores juzgados culpables e internados unas condiciones de confinamiento razonablemente seguras. Ver los casos *Youngberg v. Romeo*, 457 U.S. 307, 315-24 (1982); *Bell v. Wolfish*, 441 U.S. 520, 535-36 & n.16 (1979); *Gary H. v. Hegstrom*, 831 F.2d 1430, 1432 (9th Cir. <sup>▼</sup>, 1987). Tales condiciones exigidas por la constitución incluyen el derecho a atención médica, un concepto que abarca tanto el tratamiento psicológico como medidas para prevenir el suicidio. Ver los casos *Hott v. Condado de Hennepin*, 260 F.3d 901, 905 (8th Cir. 2001); *Hare v. Ciudad de Corinth*, 74 F.3d 633, 644-45 (5th Cir. 1996) (en pleno); *Young v. Ciudad de Augusta*, 59 F.3d 1160, 1169 (11th Cir. 1995); *Horn v. Tribunal de la Corte Fiscal del Condado de Madison*, 22 F.3d 653, 660 (6th Cir. 1994); *Gordon v. Kidd*, 971 F.2d 1087, 1094 (4th Cir. 1992); *Hoptowit v. Ray*, 682 F.2d 1237, 1253 (9th Cir. 1982). Claramente, el Estado ha sido bastante deficiente en cuanto a esta obligación constitucional.

Como se detalla más adelante, los procedimientos de prevención de suicidios utilizados en las tres instalaciones que examinamos eran extremadamente inconsistentes con las normas profesionales generalmente aceptadas.<sup>4</sup> Aunque las

---

<sup>▼</sup> **Nota del traductor:** 9<sup>th</sup> Cir./8<sup>th</sup> Cir.= Tribunal de apelaciones del 9° Circuito / Tribunal de apelaciones del 8° Circuito. TV

<sup>4</sup> Al evaluar si se han violado los derechos constitucionales de los menores confinados, la norma que rige es la Cláusula sobre el Debido Proceso Legal de la Enmienda Constitucional número catorce (*Due Process Clause of the Fourteenth Amendment*). Ver *Gary H.*, 831 F.2d

instalaciones examinan adecuadamente a los jóvenes para identificar aquellos que están en peligro de suicidio, los jóvenes que se identifican son supervisados incorrectamente por parte del personal de salud mental, supervisados incorrectamente por el personal que trabaja directamente con ellos, quien también carecía de la capacitación y herramientas necesarias para intervenir en el evento de que ocurra un intento de suicidio y los jóvenes no se encuentren en un alojamiento seguro<sup>5</sup>.

### **1. Supervisión incorrecta de los jóvenes por parte del personal de salud mental**

Las normas profesionales generalmente aceptadas requieren que los jóvenes que sean identificados como suicidas en potencia y hayan sido colocados en precaución de suicidio sean supervisados por profesionales en salud mental. Nuestra investigación reveló que no hay una supervisión adecuada de los jóvenes en peligro de suicidio en ninguna de las tres instalaciones.

Nos enteramos de que había jóvenes que fueron inicialmente identificados como en peligro de suicidio que no fueron colocados a tiempo en precaución de suicidio por parte del personal de salud mental. Por ejemplo, un joven con un historial de depresión y riesgo de hacerse daño a sí mismo, y que amenazó suicidarse el 13 y el 17 de julio de 2002, no fue colocado en precaución de suicidio ni supervisado por ningún miembro del personal de salud mental. El 1 de agosto de 2002, este joven fue encontrado mientras estaba amarrándose un cinturón alrededor del cuello. Además, nos enteramos de que aun cuando los profesionales de salud mental sí supervisan a los jóvenes, en muchos casos no documentan sus evaluaciones clínicas. Esta deficiencia en el proceso de supervisión pone en peligro a jóvenes suicidas en potencia, al negarles acceso a servicios de salud mental necesarios.

La comunicación sobre el estado mental de los jóvenes con tendencias suicidas es un aspecto necesario de la supervisión de esos jóvenes. El personal del *ADJC* no se comunica entre sí sobre las necesidades de manejo de jóvenes con tendencias suicidas. Las necesidades de comunicación son particularmente graves en *Adobe*. *Adobe* no mantiene un listado diario de los jóvenes que están en estado de observación rigurosa. Los informes sobre incidentes que describen los eventos que llevaron a la colocación de un joven en precaución de suicidio no se completan

en 1431-32. Por consiguiente, la investigación apropiada se concentra en si las condiciones se apartan considerablemente del juicio profesional, las prácticas o normas profesionales generalmente aceptadas. Ver Youngberg, 457 U.S. en 323.

<sup>5</sup> En el mes de julio de 2003, el Estado nos entregó un resumen de las recientes medidas que según se nos informa han sido introducidas para hacer frente a algunas de nuestras inquietudes relacionadas con la prevención del suicidio. Aunque algunas de estas reformas todavía tienen que implementarse o apenas están en gestación, nosotros realmente reconocemos los esfuerzos del Estado. Es nuestra esperanza, como seguramente será también para el Estado, que estas medidas permitirán al Estado realizar grandes progresos al corregir sus deficiencias institucionales.

de forma consistente. El psiquiatra de *Adobe* solamente asiste de forma esporádica a las reuniones semanales del equipo de tratamiento, durante las cuales se analiza el estado de cada joven y además, en el momento de nuestras visitas, había estado ausente de estas reuniones durante todos los cinco meses anteriores. El personal de salud mental de *Adobe*, que también presta servicios a los jóvenes de Encanto (la unidad especializada en salud mental), no interactúa de forma rutinaria con el personal que tiene contacto directo con los jóvenes en Encanto.

Si bien las prácticas de comunicación son un poco mejores en *Black Canyon* y *Catalina* que en *Adobe*, en general todas las instalaciones tienen un manejo inadecuado de la información sobre jóvenes con tendencias suicidas. Por ejemplo, ninguna de las tres instalaciones integra los archivos médicos con los archivos de salud mental de los jóvenes. Nos informaron que al personal de salud mental no se le permite el acceso a los archivos médicos, donde se colocan las notas del psiquiatra. Por consiguiente, el personal de salud mental no dispone de acceso a la información necesaria para comprender el estado de salud mental de un joven completamente. Es más, un miembro del personal de salud mental en las instalaciones nos informó que a veces no pueden llevar ninguna nota clínica sobre la interacción y evaluación de los jóvenes con tendencias suicidas. El personal de salud mental también afirmó que cuando se llevan notas clínicas sobre los jóvenes, estas notas no se retienen ni en los archivos médicos de un menor, ni en el archivo central de salud mental, sino en el archivo personal del miembro del personal. Además, los psicólogos asociados (profesionales de salud mental con nivel de maestría), que atienden a los jóvenes suicidas, no reciben ninguna supervisión clínica, la cual es un aspecto importante de la comunicación efectiva. Estos vacíos de comunicación le niegan el tratamiento apropiado a los jóvenes suicidas.

Los fallos en la comunicación al interior del *ADJC* están ilustrados en el suicidio de un joven en *Adobe* el 11 de julio de 2002. El 25 de junio este joven fue puesto en estado de observación rigurosa debido a su alta clasificación de ideación suicida. Nosotros no encontramos ninguna indicación de ninguna evaluación formal de salud mental, ni ninguna evaluación física de este joven en persona por parte de ningún psiquiatra. Si bien es cierto que sus archivos de salud mental fueron revisados por un psiquiatra el 26 de junio, no había ninguna indicación de que el estado de observación rigurosa del joven se le hubiera comunicado al psiquiatra. El joven no fue atendido por ningún miembro del personal de salud mental hasta el 3 de julio, cuando fue atendido por un psicólogo practicante.

Entre el 3 y el 11 de julio, la División de Servicios Comunitarios para la Familia del *ADJC* (*Community Family Services Division* en inglés) condujo una evaluación del hogar y descubrió que este joven había amenazado con suicidarse, o lo había intentado. Además, el archivo correspondiente del Tribunal, que acompañó al joven hasta *Adobe*, contenía información sobre su intento de suicidio mientras estaba detenido. Esta información, que podía haber ayudado a atender las necesidades de salud mental de este joven, no fue comunicada a tiempo, ni revisada por ningún miembro del personal. El 11 de julio, este joven se suicidó.

## 2. Inadecuada supervisión por parte del personal que trabaja directamente con los jóvenes

Además de una supervisión apropiada por parte de profesionales en salud mental, los jóvenes suicidas en potencia requieren una supervisión apropiada por parte del personal que tiene contacto directo con ellos, que precisamente es el personal que está en servicio 24 horas al día, para garantizar la seguridad de esos jóvenes. Encontramos que la supervisión de jóvenes con tendencias suicidas en las instalaciones por parte del personal que trabaja directamente con los jóvenes era inadecuada. Por ejemplo, durante nuestra visita en el sitio, una joven de *Black Canyon* trató de ahogarse con su propia ropa. En el momento de este incidente, la joven estaba en estado de precaución de suicidio, lo cual requería que miembros del personal con contacto directo debían revisarla cada 15 minutos, pero las revisiones requeridas no se habían realizado por espacio de dos horas.

El personal de contacto directo en las tres instalaciones, especialmente aquellos que están en el turno de la noche, admitieron que tenían dificultad para supervisar a los jóvenes en precaución de suicidio de forma consistente, debido a escasez de personal. En algunos casos, encontramos que los informes que documentaban las observaciones sobre precaución de suicidio por parte del personal eran completados, aunque el personal admitió que dichas observaciones en la realidad no se estaban llevando a cabo. En la residencia *Enterprise* de *Adobe*, encontramos que los informes de precaución de suicidio no habían sido completados durante varias horas en el caso de ocho jóvenes que fueron colocados en precaución de suicidio. En otros casos, observamos que los informes sobre precaución de suicidio se estaban completando en intervalos precisos de 15 minutos durante extensos periodos de tiempo. Este nivel de precisión parecía ser altamente improbable, dado que el personal de contacto directo tiene otras responsabilidades y una crónica escasez de personal.

Además, nos enteramos de que los jóvenes que son colocados en "exclusión" (confinados en sus cuartos por periodos de tiempo) por razones disciplinarias, no eran supervisados de manera apropiada. Si bien la política del *ADJC* requiere que el personal interactúe con los jóvenes en exclusión cada 15 minutos, el personal de contacto directo admitió de inmediato que estas revisiones no se realizaban de manera uniforme. Esta falla es significativa dada la fuerte correlación entre el confinamiento involuntario en un cuarto con llave y la conducta suicida.<sup>6</sup> En efecto, dos de los suicidios que ocurrieron en *Adobe* en el año 2002 involucraron casos en los cuales los jóvenes habían estado confinados en sus cuartos involuntariamente antes de suicidarse.

---

<sup>6</sup> Es un hecho bien establecido en el campo de las correcciones que existe una correlación entre el suicidio de presos y el aislamiento. Ver Lindsay Hayes, "National Study of Jail Suicides; Seven Years Later," *Psychiatric Quarterly*, 60, No. 2, 7-29 (1989). De acuerdo con un informe que aparecerá próximamente, la Oficina de Justicia de Menores y la Prevención de la Delincuencia del Departamento de Justicia de los Estados Unidos (*Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention* en inglés), más del 50 por ciento de los suicidios de jóvenes ocurren mientras estos jóvenes están en estado de confinamiento involuntario en su cuarto.

Una adecuada supervisión por parte del personal de contacto directo también incluye el referir a un joven potencialmente suicida a los profesionales en salud mental. Nuestra investigación reveló casos donde el personal de contacto directo no refirió a jóvenes con tendencias suicidas a profesionales de salud mental. Por ejemplo, el 28 de setiembre de 2002, al escuchar sobre el intento de suicidio de su padre, un joven de *Adobe* informó al personal de contacto directo que él se iba a suicidar. El mismo día pero más tarde, el joven cumplió su amenaza amarrando cables de audífonos alrededor de su cuello. En lugar de referir al joven a los profesionales de salud mental, el personal de contacto directo dio instrucciones a otros dos jóvenes de observar al menor para asegurar que no se lastimara a sí mismo. No se encargaron de tomar ninguna medida de seguimiento ni evaluación de su salud mental hasta que dicho joven fue transferido a otra institución correccional dos semanas después. En otro caso, un joven que se automutiló el 28 de julio de 2002 fue colocado en observación cada 15 minutos por parte del personal de contacto directo, pero no fue referido al personal de salud mental para una evaluación.

Una supervisión adecuada también contempla que el personal de contacto directo siga las órdenes de los profesionales en salud mental. Nuestra investigación reveló varios casos en los cuales el personal de contacto directo, que no tiene capacitación especializada en salud mental, bajó el nivel de precaución de suicidio en el cual los jóvenes habían sido colocados originalmente sin la autorización de los profesionales en salud mental.

### **3. Capacitación y herramientas de intervención inadecuadas para el personal de contacto directo**

De forma similar, la capacitación del personal sobre medidas para la prevención de suicidios se desvía sustancialmente de las normas profesionales generalmente aceptadas en esta área. Todos los expertos concuerdan en que el personal que interactúa con jóvenes con tendencias suicidas debe estar capacitado para detectar, evaluar y, de ser necesario, intervenir para prevenir un suicidio. Sin embargo, nuestra revisión de los archivos de capacitación del año 2002 (un año en el que hubo dos suicidios en *Adobe*) reveló que un 61,8% del personal de *Adobe* no había recibido capacitación en prevención de suicidios. En Catalina, el 56,3% del personal médico y de salud mental no había recibido la capacitación anual de actualización, y 40% del personal no médico no había recibido una capacitación de actualización en Resucitación Cardiopulmonar (RCP en español o *CPR*, por sus siglas en inglés).

El fallo en tener equipo de emergencia disponible de manera inmediata para el personal capacitado en su uso puede significar la diferencia entre la vida y la muerte. Nosotros encontramos que las medidas de intervención de emergencia en todas las instalaciones eran completamente inadecuadas. En *Adobe*, los botiquines de primeros auxilios, las mascarillas protectoras en forma de escudo para RCP, y las herramientas de rescate (por ej. cuchillas para cortar ligaduras del cuello de una víctima que se ha colgado) no estaban disponibles. Durante nuestra visita a *Adobe* en el mes de enero de 2003, encontramos que los tanques de oxígeno, los cuales son a menudo vitales para resucitar a una víctima que está colgada, estaban

dispuestos sin ningún orden y sin ninguna indicación de cuáles estaban llenos ni cuáles vacíos. El personal de enfermería ni siquiera sabía cómo operar estos tanques y la institución no tenía un sistema regular organizado para supervisar la disposición de este equipo de emergencia. Estas deficiencias quedaron demostradas durante el suicidio por ahorcamiento del 25 de julio de 2002. Según se informa, cuando se descubrió al joven colgando, el personal supuestamente no tenía la herramienta de rescate adecuada para cortar la soga y hubo dificultad para quitarla del cuello del joven. Se dice que el personal médico se demoró en responder sin ninguna explicación. Cuando finalmente llegaron, el tanque de oxígeno que trajeron para ayudar a resucitar al menor supuestamente estaba vacío.

Otro ejemplo de la improvisación del personal para responder a una emergencia ocurrió el 23 de octubre de 2002 en *Black Canyon*. Los investigadores del Departamento de Justicia y nuestro consultor en prevención de suicidios coincidieron durante su visita a una de las residencias, cuando una joven intentó ahogarse con su ropa. Después de que se dio la voz de alarma inicial, el personal de seguridad respondió de inmediato. Sin embargo, cuando la enfermera respondió, el personal no la dirigió hasta la víctima. De hecho, el personal parecía en general incierto sobre cuáles acciones seguir, y nuestro consultor en prevención de suicidios tuvo que alertar a la enfermera sobre la localización de la víctima.

#### **4. Alojamiento inseguro de jóvenes con tendencias suicidas**

Las normas profesionales generalmente aceptadas requieren además que los jóvenes con tendencias suicidas sean alojados en viviendas resistentes a los suicidios. Los jóvenes con tendencias suicidas son alojados en dos lugares en las instituciones: las unidades de Separación y las unidades de residencia. Mientras que las celdas de Separación estaban mayormente libres de cualquier riesgo de suicidio, encontramos detalles físicos en todo el resto de las residencias en las instituciones que representan riesgos potenciales para los jóvenes con tendencias suicidas. Por ejemplo, las residencias *Alpha*, *Challenge*, *Crossroads*, *Enterprise*, *January*, *Nova*, *Phoenix*, y las unidades de Separación en *Adobe*, tienen rejillas de ventilación y salidas de aire en el cielo raso que son potencialmente peligrosas porque se pueden sujetar de ellas sábanas u otros objetos. Las residencias *Nova* y *January* también tienen tornillos expuestos pegados al escritorio que también presentan un riesgo similar. Las unidades Estrella, *Genesis*, *Hope*, *Oasis* y *Encanto* tienen barras horizontales en las ventanas de los cuartos que tienen suficiente espacio entre las barras y el cristal para sostener una sábana o cualquier otro material. En efecto, este fue el lugar de sostén utilizado por el joven que se suicidó en abril de 2002.

En *Black Canyon*, cuatro de las siete residencias funcionales tienen problemas de planta física que presentan riesgos de suicidio parecidos a los de *Adobe*. Por ejemplo, las residencias *Recovery* y *Success* tienen puertas en los cuartos que tienen rejillas con grandes aberturas, y las unidades *Maya* y *Pride* tienen cuartos con rejillas de ventilación en las paredes y en el cielo raso que también tienen aberturas grandes. Las aberturas grandes y anchas presentan el riesgo de ser usadas como dispositivos para amarrar y colgar cosas.

En Catalina, cinco de las siete residencias funcionales tienen cuartos con puntos de anclaje peligrosos. Las unidades *Chiricahua*, *Crossroads* y *Recovery* tienen cuartos con rejillas de ventilación en el cielo raso con grandes aberturas, al igual que huecos en las plataformas de las literas que pueden utilizarse como dispositivos de anclaje. Las cinco residencias tienen cuartos que tienen rejillas con grandes aberturas en las puertas.

## **B. JUSTICIA DE MENORES**

A los jóvenes se les niegan protecciones constitucionales debido a que las instalaciones no son capaces de: **(i)** proteger a los jóvenes de abusos sexuales y físicos; **(ii)** brindar las protecciones adecuadas de debido procedimiento legal a los jóvenes antes de aislarlos; **(iii)** mantener condiciones de vida seguras y sanitarias.

### **1. Abuso sexual en Adobe**

Nuestra investigación reveló que los abusos sexuales de los jóvenes por parte del personal y otros menores ocurren con una frecuencia increíblemente alarmante en *Adobe*, y que la administración del *ADJC* no trata este serio problema de manera efectiva.<sup>7</sup>

Varios ejemplos sirven de ilustración. En el mes de diciembre de 2002, un miembro femenino del personal admitió a los investigadores internos que ella había entablado actos sexuales con un joven, incluyendo sexo oral, toqueteos sexuales y conversaciones de tipo sexual durante un periodo de meses. Al parecer, la administración de esa institución no fue capaz de detectar estos supuestos actos, que ocurrieron en un periodo de tiempo extenso. En abril de 2001, una investigación interna encontró que otro miembro femenino del personal le escribió a un menor al menos 12 cartas con contenido claramente sexual.

En el mes de febrero de 2002, un miembro masculino del personal fue acusado en repetidas ocasiones de tener un contacto sexual inapropiado con los jóvenes, incluyendo tocar las nalgas de los menores. Según se dice, 13 muchachos y cinco miembros del personal se quejaron de esta conducta, y tres jóvenes presentaron quejas formales en un periodo de un mes. En respuesta a una de las quejas, un supervisor de una de las residencias respondió que él había hablado con esta persona tres veces y que “es su estilo de vida y su personalidad el ser físicamente cariñoso”. Queja del joven con fecha 21/2/02. En respuesta a una solicitud por escrito por parte de la persona que aboga por los derechos de los menores para que se realizara una investigación, el asistente del superintendente de *Adobe* afirmó que el asunto se había resuelto y que “normalmente, cuando se encuentra algo como esto, se le presenta al administrador”.<sup>8</sup> A pesar de la seriedad de estas quejas, las alegaciones nunca fueron investigadas por un tercero neutral. Más bien,

---

<sup>7</sup> Es difícil evaluar hasta qué punto ocurren abusos sexuales en *Adobe*, en parte debido al disfuncional sistema de quejas y a la ineficacia de los procesos de investigación sobre abusos que se describen más adelante.

<sup>8</sup> Esta deficiente práctica de referir las quejas serias de una residencia de vuelta a la misma residencia para su resolución se explica en detalle más adelante.

a ese miembro del personal simplemente se le dio consejo. En el momento de la visita, este miembro del personal continuaba trabajando directamente con los jóvenes. Nosotros notificamos a la administración sobre este asunto.

Además de los abusos sexuales cometidos por el personal, nuestra investigación descubrió muchos casos de violencia sexual entre los jóvenes mismos. Unos documentos revelaron que la intimidación sexual ocurre en las instituciones. En numerosas entrevistas durante nuestras visitas, los jóvenes manifestaron miedo y preocupación de ser intimidados sexualmente por otros jóvenes.

Un informe sobre un incidente del mes de octubre de 2002 mostró que un joven informó a un miembro del personal que unos jóvenes lo estaban amenazando para que realizara actos sexuales, o de lo contrario corría el riesgo de ser golpeado o violado. En otro caso, una investigación de Asuntos Internos incluye evidencia convincente de que tres menores de *Adobe* intentaron introducir un dispensador de pimienta en el ano de otro joven. Otra investigación descubrió que un joven entabló relaciones sexuales con otros jóvenes a cambio de su amistad o de artículos, tales como jabón. Los informes sobre incidentes también indican una frecuente ocurrencia de actividad sexual entre las muchachas en *Black Canyon*, incluyendo la caracterización de algunas jóvenes como "depredadoras sexuales". Estos informes resaltaron el hecho de que mucha de esta actividad sexual consistía en acciones inapropiadas entre "amigas", debido a la competencia entre las muchachas para recibir afecto. Nosotros no encontramos ninguna evidencia de que se hubiera tomado alguna medida en las instituciones para atender estos informes.

## 2. Abusos físicos

Igualmente preocupante para nosotros, nuestra investigación descubrió que algunos de los miembros del personal de *Adobe* a propósito no interfieren para proteger a los menores de los ataques de otros compañeros. Estas prácticas no sólo dañan a los jóvenes, sino que hace que los esfuerzos por rehabilitarlos se vuelvan extraordinariamente difíciles. Además, estas prácticas son inconstitucionales. Ver *Redman v. Condado de San Diego*, 942 F.2d 1435, 1441 n.7 (9th Cir. 1991) (en sesión plenaria); *White v. Roper*, 901 F.2d 1501, 1503 (9th Cir. 1990).

Entrevistas que realizamos tanto al personal como a los jóvenes durante nuestra visita a *Adobe* revelaron que un número considerable de miembros del personal de las residencias y oficiales de seguridad abusan físicamente de los jóvenes golpeándolos y tirándolos al suelo de una forma demasiado agresiva. También descubrimos que algunos miembros del personal exponían a los jóvenes a riesgos de daño físico completamente innecesarios. Por ejemplo, en el mes de setiembre de 2002, el señor U, un miembro del personal de la unidad de *RAC*, obligó a los jóvenes bajo su supervisión a que se arrastraran sobre su estómago a través de una zanja de drenaje, para poder recibir su "tiempo de responsabilidad" (tiempo libre) más tarde ese día. Dos jóvenes resultaron con heridas menores después de la actividad.<sup>9</sup> El mismo día que visitamos *Adobe*, incluso observamos

---

<sup>9</sup> Al señor "U" se le rebajó el rango. La inicial del señor "U" es ficticia en este documento; su identidad se brindará por aparte.

que un miembro del personal le dio a un joven de Encanto una fuerte cachetada en un lado de la cabeza porque él se estaba moviendo “demasiado lentamente” al regresar a su residencia después de la cena.

Nuestra investigación también descubrió numerosas acusaciones de abuso físico que nunca fueron investigadas y de hecho, permanecían sin resolver hasta el día de hoy. Un joven en *Adobe* informó que el personal literalmente lo agredió por no devolver un lápiz que le había sido entregado por otro miembro del personal. Otro joven de *Adobe* reportó que un oficial de correcciones puso su rodilla sobre la cabeza de un joven mientras que este joven, que no estaba ofreciendo ninguna resistencia, estaba acostado en la parte de atrás de una pequeña camioneta (*pick-up*) que se usa para transportar individuos a confinamiento disciplinario. No encontramos ninguna evidencia de que estas acusaciones de abuso hayan sido investigadas.

Nuestra revisión también reveló complicidad en algunas de las peleas entre los menores. Jóvenes de *Adobe* informaron que a veces, el personal permitía a los jóvenes e increíblemente, incluso los animaban para hacer cumplir la disciplina física con otros jóvenes. Un informe con fecha 20 de agosto de 2002 afirmó que durante una sesión de grupo frente a todos los residentes de la unidad, un miembro del personal permitió que dos menores golpearan a otro joven. En otro caso, un joven reportó que había sido “brutalmente agredido” en setiembre de 2002 por un par de jóvenes, a quienes un miembro del personal permitió entrar en su cuarto. Esta queja nunca fue resuelta. En otro incidente, un joven recibió una lesión seria en un ojo. Una investigación de Asuntos Internos determinó que la lesión resultó después de que un miembro del personal “planeó” y permitió una pelea de joven contra joven. Además se determinó que el miembro del personal involucrado estaba planeando otras peleas entre otros jóvenes, permitiendo que ocurrieran y observándolas.

### **3. Peligrosa falta de supervisión**

Las agresiones sexuales y físicas tienden a ocurrir más debido a que las instalaciones no tienen suficiente personal para supervisar adecuadamente a los jóvenes, exponiéndolos así a peligros. La política número 4002.05 del *ADJC* demanda un mínimo de tres miembros del personal para un máximo de 48 menores durante el día, y un miembro del personal durante la noche. Nuestra revisión indica que ninguna de las tres instituciones o instalaciones cumple sus propias proporciones meta en cuanto a personal-jóvenes. Además, las proporciones obligatorias se desvían sustancialmente de las prácticas profesionales generalmente aceptadas. Muchos estados requieren un miembro del personal por cada ocho jóvenes durante el día, y un miembro del personal por cada 16 jóvenes durante la noche. En efecto, en *Adobe*, observamos que había un miembro del personal supervisando una residencia completa con 20-28 jóvenes durante la tarde, y a un solo miembro del personal supervisando a 48 jóvenes durante el turno de la noche. No se nos pudo brindar documentación que demostrara que las revisiones de los cuartos estuvieran llevándose a cabo regularmente durante la noche.

En Catalina, la deficiencia de personal es similarmente aguda. Allí, observamos que durante el turno de la noche solamente había un miembro del personal para

supervisar tanto las diez camas en la Unidad de Separación como las 12 camas de la residencia *Agave*, las cuales comparten el mismo edificio. Tanto los jóvenes que corren un riesgo grave debido a sus tendencias suicidas como aquellos que son segregados de la población general por razones disciplinarias son alojados ambos en Separación; jóvenes de más edad con problemas de conducta más serios son alojados en *Agave*. La única persona de turno en el momento de nuestra visita tuvo literalmente que correr entre estas dos unidades para atender a los jóvenes en ambas, y fácilmente admitió que a él no le era posible supervisarlos adecuadamente.

La falta de supervisión adecuada claramente está haciendo daño a los jóvenes. Por ejemplo, en abril de 2002, una investigación de Asuntos Internos encontró que un joven recibió una seria lesión en el ojo cuando fue agredido por otro joven. El único miembro del personal de turno en ese momento tenía un recreo para ir al baño, cuando ocurrió la pelea. La falta de supervisión es particularmente peligrosa durante el turno de la noche. Los jóvenes duermen en literas dobles, y las peleas, agresiones y otro tipo de malas conductas ocurren en ausencia de una supervisión apropiada. El personal de *Adobe* informó que las peleas son corrientes en los cuartos de los jóvenes durante la noche, y que con frecuencia no se reportan. La falta de supervisión también facilita que los jóvenes ataquen a otros jóvenes. El personal en la residencia *Triumph* de *Adobe* nos contó que las conductas sexuales inapropiadas por parte de los jóvenes de ahí eran “desenfrenadas”. Un joven se quejó de que su compañero de cuarto le hacía proposiciones sexuales. Una revisión de las investigaciones de Asuntos Internos sobre las agresiones de jóvenes contra otros jóvenes demostró que estas ocurren regularmente.

#### **4. Sistemas inadecuados para reportar quejas y abusos**

Tanto el sistema de quejas como el proceso de investigación sobre abusos en las tres instalaciones son extremadamente disfuncionales. Estas deficiencias incuban el peligroso clima institucional que se describe anteriormente, donde los incidentes sobre abuso físico y sexual no se reportan ni investigan apropiadamente, y donde los jóvenes no están protegidos contra peligros.

##### **a. Sistemas inadecuados para quejas**

La constitución exige que los individuos encarcelados tengan acceso fácil disponible al proceso de quejas de la institución. Ver *Bradley v. Hall*, 64 F.3d 1276, 1279 (9th Cir. 1995). Con base en nuestras entrevistas a los jóvenes y al personal en las tres instalaciones, es evidente que el sistema de quejas no opera justamente. Los jóvenes y algunos miembros del personal informaron que a los jóvenes con frecuencia no se les permite hablar con el personal de “derechos de los jóvenes”, y que en algunos casos a discreción del personal, no se aceptan las quejas por escrito. Cuando se les permite a los jóvenes entregar quejas por escrito, el personal de derechos de los jóvenes simplemente recoge las quejas, les asigna un número de seguimiento, y devuelve los formularios completados al supervisor de la residencia para su trámite. El problema obvio de este enfoque es que muchas de las quejas incluyen acusaciones de abuso precisamente contra la misma persona de la residencia por la cual los supervisores son responsables. No

resulta sorprendente pues, que los jóvenes reporten que este proceso los ha vuelto renuentes a llenar un formulario de queja, por miedo a recibir un castigo.

Además, en todas las instalaciones, no se responde a las quejas de una forma oportuna. En Catalina, una revisión de 150 quejas que se habían reportado entre setiembre y noviembre de 2002 reveló que cerca de una tercera parte de ellas no habían sido tramitadas. Entre ellas se encontraba la negación del acceso a un inhalador para el asma, y acusaciones de comentarios raciales inadecuados hechos por un miembro del personal. De forma similar, las quejas en *Adobe* y en *Black Canyon* no fueron atendidas oportunamente. Los jóvenes en todas las instituciones informaron que el sistema para quejas era “una farsa” y que rara vez recibían respuesta a ninguna de las quejas que habían presentado. El personal de derechos de los jóvenes también expresó frustración con el proceso de resolución de quejas y la falta de respuesta por parte de otros miembros del personal del *ADJC*.

### **b. Investigaciones sobre abusos inadecuadas**

Los jóvenes que son testigos de abusos o experimentan abusos potenciales en cualquiera de las instalaciones pueden presentar una queja.<sup>10</sup> Al mismo tiempo, el personal que sea testigo de abusos potenciales tiene la obligación de informar sobre el asunto al superintendente de esa institución. Existen varios problemas, tanto sistémicos como prácticos, con este sistema de investigación de abusos.

Para empezar, se deben utilizar dos procesos administrativos de investigación antes de que una investigación objetiva siquiera comience. Una vez que se entrega una queja, el superintendente determina según el caso si la acusación será investigada por personal de su propia instalación, o si será referida al Subdirector de la Agencia para su investigación. Si el asunto es referido al Subdirector, se conduce una segunda investigación con el fin de determinar si un investigador de Asuntos Internos será asignado para investigar el asunto. Desafortunadamente, no existen criterios por escrito para determinar cuáles acusaciones sobre abusos serán investigadas por Asuntos Internos y cuáles por el personal de la institución. Las determinaciones al respecto se realizan caso por caso, lo cual es un proceso totalmente engorroso, subjetivo y que consume demasiado tiempo.

Además, pareciera que los incidentes que deberían ser referidos a Asuntos Internos para su investigación no están siendo referidos. Por ejemplo, en el mes de junio de 2002, un nuevo miembro del personal que estaba completando la capacitación en sitio en *Black Canyon*, supuestamente “tiró” a una joven al suelo, cacheteándola varias veces, y tratando de asfixiarla. Este incidente fue supuestamente presenciado por numerosos jóvenes, quienes brindaron informes consistentes sobre los eventos, y el incidente fue reportado a los administradores de la institución por parte de la persona que aboga por los derechos de los jóvenes. Sin embargo, no pudimos localizar ninguna documentación que indicara que Asuntos Internos hubiera llevado a cabo ninguna investigación independiente sobre este asunto.

---

<sup>10</sup> Las quejas sobre abusos presentadas por los jóvenes generan muy pocas investigaciones, aparentemente porque los jóvenes no tienen fe en el sistema de quejas, y por esa razón no lo utilizan.

Las investigaciones que se llevan a cabo generalmente son inoportunas, y a menudo se realizan semanas o incluso meses después de un supuesto incidente. Esto resulta problemático porque deja abierta la posibilidad de que los jóvenes reciban más daño por parte de un miembro abusivo del personal mientras esperan que haya una investigación formal. En un caso que involucraba acusaciones de conducta sexual indebida con un menor, que supuestamente había ocurrido durante los meses de noviembre y diciembre de 2001, y que fue reportado en enero de 2002, la investigación no se completó sino hasta marzo de 2002. A pesar de la seriedad de las alegaciones, no hubo indicación de si al miembro del personal involucrado se le relevó de tener contacto directo con los jóvenes durante el tiempo que tomó completar la investigación.

Además, no existe un sistema que permita a un joven tener un método directo mediante el cual reportar abusos, excepto el presentar una queja. Bajo el sistema actual, las quejas de los jóvenes son recogidas por el oficial de derechos de los jóvenes, y devueltas al supervisor de la residencia para su resolución. Esta práctica necesariamente involucra a un miembro del personal con responsabilidades de supervisión de esa residencia en la resolución de una queja. La objetividad en esta situación es altamente cuestionable, particularmente cuando las alegaciones pueden incluir abuso físico o sexual. Por ejemplo, entre el 6 de setiembre y el 26 de octubre de 2002, se presentaron 15 quejas de los jóvenes alegando un uso de fuerza abusivo en Encanto. Un miembro del personal en particular fue identificado repetidamente por los jóvenes por supuestamente llevar a un joven al suelo de forma agresiva, y por hacer amenazas verbales. Sin embargo, el Director de Encanto solamente respondió a dos de las quejas, y ambas respuestas hacían notar que él (Director) iba a buscar una resolución, haciendo que el joven y el miembro del personal que estaban involucrados en el asunto se reunieran. Las otras quejas no tenían ningún registro sobre ningún resultado ni resolución.

## **5. Uso inapropiado del confinamiento disciplinario**

Las instalaciones emplean tres medidas disciplinarias diferentes que llevan al confinamiento disciplinario de los jóvenes. En la primera, los jóvenes pueden ser confinados en sus cuartos, ya sea de forma individual o con compañeros de cuarto, en una práctica conocida como "exclusión". En la segunda, poblaciones completas de residencias pueden ser encerradas en sus cuartos, en una práctica conocida como "grupo grande". En la tercera, los jóvenes pueden ser colocados en unidades de separación, las cuales son residencias de una sola celda donde los jóvenes se colocan en aislamiento en cuartos individuales y cerrados con llave.

Si bien las instalaciones brindan protecciones de debido procedimiento legal en lo relacionado a la colocación inicial en unidades de separación, se mantiene a los jóvenes en aislamiento por periodos extensos e inadecuados de tiempo, que están en directa contradicción de las normas profesionales generalmente aceptadas. Por ejemplo, un joven de Catalina fue confinado en una unidad de separación durante 33 días, a pesar de las objeciones del personal de salud mental. Otros cuatro jóvenes fueron confinados en una unidad de separación por más de 18 días, de nuevo a pesar de las objeciones del personal de salud mental.

Otra preocupante práctica es la decisión de poner poblaciones completas de las residencias bajo llave debido a la mala conducta de dos o tres jóvenes. Esta práctica se conoce como "grupo grande". El personal clínico puede autorizar el encierro de "grupos grandes", lo cual consiste en encerrar a cada joven de una residencia en particular en su cuarto bajo llave por varios días o semanas con un tiempo muy limitado fuera de su cuarto o residencia. Nosotros no sugerimos que estos encierros sean supuestamente inconstitucionales o injustificados en todas las circunstancias. Pero las instituciones del Estado parecieran ignorar completamente los efectos secundarios psicológicos adversos de un aislamiento prolongado y, aún más importante, parecen no haber adoptado ninguna norma que rijan cuándo tales encierros pueden emplearse de forma válida.

Nuestra revisión de la documentación de *Adobe* reveló que el personal tiene un criterio casi sin restricciones para imponer un encierro. Una revisión de las prácticas de confinamiento en la residencia *Freedom* de *Adobe* reveló numerosos encierros de la unidad completa, durante los cuales los jóvenes se portaron mal en sus cuartos, participando en conductas sexuales y en peleas. En otra unidad, el personal de derechos de los jóvenes informó que los jóvenes estuvieron encerrados por más de 14 días consecutivos. A pesar de las objeciones planteadas por el personal de derechos de los jóvenes, el encierro en esta residencia continuó, y durante este tiempo los jóvenes tuvieron un límite de solamente diez minutos de ejercicio por día, y no se les permitió asistir a clases, comer en el comedor, ni asistir a servicios religiosos. Notablemente, uno de los suicidios que se mencionaron antes involucró a un joven cuya unidad había estado encerrada por más de 30 días en estado de "grupo grande".

Además de las prácticas abusivas que se mencionaron anteriormente, encontramos otros ejemplos problemáticos de confinamiento disciplinario. Por ejemplo, durante el mes de marzo de 2002, un joven en *Adobe* fue colocado por varios días consecutivos en "estado de seguridad" en un aislamiento de cuarto con llave. Las notas del registro diario indican que al joven se le permitió hablar con ciertos miembros designados del personal únicamente y, aún así, sólo por cinco minutos en la mañana y cinco minutos en la noche, durante los cuales él podía "solicitar papel higiénico". El registro diario también indica que el joven debía estar en silencio durante el día, pero no ofrece ninguna explicación ni justificación para tal tratamiento. Esta condición de confinamiento plantea serios problemas constitucionales porque esto potencialmente impidió a este joven alertar al personal sobre problemas médicos serios y asegurar su necesario tratamiento. Ver *LeMaire v. Mass*, 12 F.3d 1444, 1458-59 (9th Cir. 1993).

Aunque las prácticas disciplinarias no eran tan extremas en *Black Canyon*, ahí también observamos algunas prácticas de aislamiento inapropiadas. Por ejemplo, una joven que hablaba español y un inglés muy limitado y que estaba muy afectada por la reciente muerte de su madre fue confinada en la unidad de separación por tres días consecutivos. No había documentación que justificara su aislamiento y cuando preguntamos al personal de la institución sobre este incidente, no se nos ofreció ninguna explicación. Desafortunadamente, este incidente no fue inusual. Se reportaron encierros de grupos grandes de una duración de hasta diez días en la residencia Maya en *Black Canyon*, y algunas jóvenes informaron que durante estas ocasiones virtualmente no tuvieron la oportunidad de bañarse en la ducha.

## 6. Condiciones de vida poco sanitarias

En *Adobe* y *Catalina*, la mayoría de los cuartos para varones no tienen servicio sanitario. Asimismo, debido a la escasez de personal, a menudo no se permite a los jóvenes salir de sus cuartos para usar el servicio sanitario a menos que esté presente personal de seguridad adicional. Por consiguiente, los jóvenes frecuentemente no tienen acceso a los baños de las instalaciones y deben hacer sus necesidades en los cuartos. Increíblemente, los jóvenes reportaron que orinaban y defecaban en los botes para la lavandería y en botellas plásticas. Durante una visita nocturna a *Adobe*, observamos a jóvenes vaciando sus botes de lavandería en los servicios sanitarios y enjuagándolos; otros jóvenes fueron observados corriendo desde sus cuartos hasta los baños para hacer sus necesidades cuando seguridad finalmente llegó y se abrieron sus puertas.

Las quejas y entrevistas con los jóvenes revelaron numerosas protestas por la falta de acceso a los baños durante la noche. Un miembro del personal le dijo a un joven que “aguantara” por dos horas y media; según se informa, finalmente él hizo su necesidad en su cuarto, en una botella plástica. Otro joven indicó que, una noche que pidió ir al baño, tuvo que esperar cerca de una hora y media antes de que alguien llegara. En otro caso, un joven dijo que el miembro del personal del turno de la noche no llamó a seguridad para darle recreo, por lo que el joven se vio obligado a defecar en un bote plástico en su cuarto. El personal en *Catalina* reportó que el olor que resulta de estas prácticas poco sanitarias es particularmente agudo durante el verano.<sup>11</sup>

## 7. Seguridad inadecuada en Catalina

Los menores confinados en las instalaciones del *ADJC* tienen derecho a tener una seguridad razonable. Las prácticas de seguridad en *Adobe* y *Black Canyon* fueron aceptables y concordaron con las prácticas profesionales generalmente aceptadas. Las prácticas de seguridad en *Catalina*, sin embargo, fueron significativamente deficientes. Durante nuestras visitas, observamos que virtualmente no había chequeo de los visitantes. No había un detector de metales operando, y a los visitantes no se les exigía firmar un registro, ni eran objeto de ningún tipo de búsqueda. Nuestra investigación también descubrió que había una cantidad considerable de contrabando en *Catalina*.

El control de llaves era increíblemente negligente. En efecto, durante nuestras visitas, nos entregaron dos juegos de llaves maestras que abrían casi todas las puertas de la instalación. Al final de nuestra visita, se nos pidió devolver *cuatro* juegos de llaves, aunque solamente teníamos *dos* para devolver. Esta discrepancia aparentemente no se reconcilió. El fallo en revisar a los visitantes para evitar un

---

<sup>11</sup> A los jóvenes de *Catalina* recientemente se les han entregado orinales plásticos como los que se utilizan en los hospitales.

posible contrabando y el fallo en controlar la posesión de las llaves expone a los jóvenes a un riesgo inmoderado de sufrir daño.

## C. EDUCACIÓN

Pasando a la educación que se brinda a los jóvenes confinados, las instalaciones están en una clara violación de los derechos establecidos por la ley para los residentes con discapacidades, al no brindarle a estos menores una instrucción y recursos en enseñanza especial.

### 1. Servicios de enseñanza especial inadecuados

En aquellos estados que aceptan fondos federales para la educación de niños con discapacidades, como lo hace Arizona, los requisitos de la ley *IDEA*<sup>♦</sup> se aplican a las instituciones correccionales para menores. Ver 20 *U.S.C.* § 1412(a)(1)(A); 34 *C.F.R.*<sup>\*</sup>§300.2(b)(1)(iv). Las deficiencias en los servicios de enseñanza especial que observamos en las tres instituciones de Arizona son el resultado de una inadecuada revisión e identificación de los estudiantes para determinar si necesitan los servicios de enseñanza especial, al igual que planes educativos individualizados desarrollados inadecuadamente (*Individualized Education Plans* o "planes *IEP*", por sus siglas en inglés); personal de enseñanza especial inadecuado, una falta de servicios relacionados<sup>12</sup> para los estudiantes de educación especial; y falta de planes de tipo Sección 504<sup>±</sup> para estudiantes con discapacidades.

#### a. Revisión e identificación inadecuadas

La ley *IDEA* requiere que todos los niños con discapacidades que necesiten enseñanza especial y servicios relacionados sean identificados, evaluados, y atendidos. *IDEA* exige que las escuelas lleven a cabo una completa evaluación de aquellos estudiantes que se sospecha que tienen discapacidades, y que esa evaluación sea realizada por parte de un equipo de evaluación apropiado que incluya especialistas en aquellas áreas en las que se sospecha que los estudiantes tienen discapacidades. La evaluación adecuada incluye la observación sistemática

---

<sup>\*</sup> **Nota del traductor: C.F.R.=** Código de Regulaciones Federales (*Code of Federal Regulations* o *CFR*, por sus siglas en inglés). Este código contiene las reglas generales y permanentes de las agencias y departamentos ejecutivos del gobierno federal. El título citado (**C.F.R. 34**) hace mención a la Oficina de Educación Especial y Servicios de Rehabilitación del Departamento de Educación de los Estados Unidos. TV

<sup>12</sup> Los servicios relacionados definidos en la ley (*IDEA*) incluyen servicios de apoyo como los que se requieren para asistir a un niño con una discapacidad para que se beneficie de la educación especial. Ejemplos de tales servicios relacionados incluyen servicios psicológicos; terapia física y terapia ocupacional; recreación, incluyendo recreación terapéutica; servicios de consejería, incluyendo consejería de rehabilitación; y servicios de trabajo social en las escuelas. 20 *U.S.C.* § 1401(17). TV

<sup>♦</sup> **Nota del traductor:** La Sección 504, como se verá más adelante en el documento, se refiere a una sección de la Ley de Rehabilitación de 1973. Esta ley prohíbe la discriminación contra personas discapacitadas por parte de ninguna agencia que reciba fondos del gobierno federal. TV

de los estudiantes, entrevistas y una evaluación de los estudiantes que ingresan para determinar si existe ya sea una historia previa de enseñanza especial o una necesidad de una referencia para verificar si el estudiante es elegible para enseñanza especial.

Los jóvenes que ingresan a las instituciones no son suficientemente evaluados para identificar sus necesidades de enseñanza especial. La principal prueba que se administra a todos los estudiantes que llegan es la Prueba de Educación Básica para Adultos (*Test of Adult Basic Education* o *TABE*, por sus siglas en inglés). Esta prueba es dirigida hacia una población adulta, y es una herramienta inadecuada para evaluar las necesidades educativas de jóvenes<sup>13</sup>. Además, el *TABE* solamente puede determinar el grado o nivel en el que una persona está funcionando; no puede evaluar deficiencias en destrezas individuales. Por consiguiente, es una herramienta inapropiada e inadecuada para satisfacer los requisitos de la ley *IDEA*. En el momento de nuestra visita, los administradores de programas estaban desarrollando un proceso diferente para examinar e identificar a los estudiantes elegibles para servicios de enseñanza especial. Sin embargo, el desarrollo de este nuevo proceso se vio obstaculizado por la falta de personal adecuado y demoras en recibir los archivos escolares.

En el momento de nuestras visitas, el 19% de los estudiantes en *Adobe* habían sido identificados como elegibles para servicios de enseñanza especial, un 27% en *Black Canyon* y 37% en *Catalina*. Los administradores de programas estimaron consistentemente que la verdadera preponderancia de estudiantes elegibles para servicios de enseñanza especial en el *ADJC* era entre 35 y 40%. El personal clave de educación admitió que *Adobe* había identificado un número menor de jóvenes con necesidad de servicios de enseñanza especial.

## **b. Planes individualizados de educación inadecuados**

La ley *IDEA* demanda que cada joven clasificado como elegible para recibir servicios de enseñanza especial tenga un Plan Educativo Individualizado (*Individualized Education Plans* o *IEP*, por sus siglas en inglés) que: (i) exponga el nivel de desempeño actual del estudiante; (ii) especifique objetivos de enseñanza a corto plazo que se puedan medir y estén dentro de las capacidades individuales del estudiante; (iii) establezca criterios objetivos y un calendario para medir el desempeño; (iv) tenga un esquema de los servicios de enseñanza especial y servicios relacionados que se brindarán; (v) describa en qué medida el estudiante será capaz de participar en el programa de educación general; y (vi) establezca fechas proyectadas para la iniciación y la duración de los servicios. Las instalaciones no desarrollan Planes Educativos Individualizados (*IEP* en inglés) para cada joven que es elegible para recibir servicios de enseñanza especial. Los *IEP* de las instalaciones no fueron adaptados individualmente para tratar las necesidades educativas específicas de los jóvenes. Más bien, los *IEP* tenían metas y objetivos genéricos y planteados de forma muy general, lo cual hacía que el progreso hacia

---

<sup>13</sup> La menor edad para la cual se promedia el *TABE* es 17 años, y la edad promedio de los jóvenes ingresados en el *ADJC* es 15 años y medio.

estas metas fuera difícil, si no imposible de evaluar. Tampoco se describen servicios relacionados en los *IEP*.<sup>14</sup>

La ley *IDEA* también establece garantías para proteger los derechos de los niños con discapacidades, incluyendo participación y consentimiento de los padres en el proceso del *IEP*. En el caso del estudiante de enseñanza especial cuyos padres o custodios no pueden ser localizados, se puede nombrar un sustituto para que abogue por el niño. En el *ADJC*, en lugar de nombrar un sustituto cuando los padres de un joven no pueden o no desean participar en el proceso del *IEP*, las instalaciones simplemente tienen a adultos que ni siquiera han sido presentados al joven firmando su *IEP*.

### **c. Personal de enseñanza especial inadecuado**

Si bien los maestros de educación general tratan de atender las metas y objetivos de los *IEP*, esto se ve entorpecido por la escasez de personal de educación calificado, particularmente en *Adobe*. Al momento de nuestra visita, *Adobe* tenía una población total estudiantil de 426. Se habían identificado ochenta estudiantes que necesitaban servicios de enseñanza especial. Estos 80 estudiantes eran atendidos por únicamente tres maestros de enseñanza especial, y cada uno de ellos tenía una carga de aproximadamente 16 a 36 estudiantes. Para alcanzar la proporción de 1:8 maestro-estudiante requerida por la política del *ADJC*, y según lo que comúnmente se considera adecuado, se requerirían siete maestros adicionales. Aunque la mayoría de los estudiantes de enseñanza especial son atendidos en las clases de educación general, un número de maestros de clase que entrevistamos nos informó que no reciben consultas por parte de los maestros de enseñanza especial para sus estudiantes en los *IEP* consultivos. Las grandes demandas impuestas al limitado número de maestros de enseñanza especial les hace difícil brindar una consulta significativa a los maestros de educación general. Como se verá en detalle más adelante, la falta de maestros sustitutos cuando los maestros de clase regular se ausentan también aumenta la dificultad para brindar una enseñanza adecuada a los estudiantes de enseñanza especial.

### **d. Falta de servicios relacionados**

Las instalaciones no brindan los servicios relacionados necesarios para ayudar a los estudiantes de enseñanza especial a aprovechar sus experiencias educativas. Pocos de los *IEP* que revisamos indicaban algún servicio relacionado, aunque la necesidad de tales servicios era bastante clara. En Catalina, dos jóvenes con *IEP* habían intentado suicidarse recientemente, pero ninguno estaba recibiendo ninguna terapia especial. Otro adolescente en Catalina que tenía destrezas de lectura y matemática a nivel de tercer grado, un historial de antagonismo contra otros jóvenes y de crear problemas en la clase y ser rebelde con sus maestros, además de pasar un tiempo considerable en detención escolar, tampoco estaba recibiendo servicios relacionados. Cuando les preguntamos, los maestros de enseñanza

---

<sup>14</sup> Como se explica más adelante, nuestra revisión no encontró ninguna evidencia de que ningún joven verdaderamente recibiera servicios relacionados.

especial indicaron que Limitar y Liderar<sup>15</sup> (*Limit and Lead* en inglés) es el único “servicio relacionado” que los estudiantes discapacitados reciben. Si bien *Limit and Lead* puede brindar alguna estructura al programa de rehabilitación del *ADJC*, no califica como servicio relacionado. Además, dado que este programa está dirigido a un nivel de lectura de séptimo grado, su beneficio para los estudiantes elegibles para servicios de enseñanza especial es dudoso. Igualmente, nuestra investigación descubrió que 14 jóvenes en Catalina necesitaban terapia de lenguaje, un servicio relacionado que comúnmente se ofrece a los estudiantes de enseñanza especial, pero no había ninguna indicación de que ninguno de ellos estuviera recibiendo tales servicios.

#### **d. Falta de planes 504**

La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (*Rehabilitation Act of 1973* en inglés) prohíbe la discriminación contra personas con discapacidades por parte de agencias que reciben fondos federales. Las protecciones o garantías de esta ley, que se aplica a las prisiones estatales, ver *Pennsylvania Dept. of Corrections v. Yeskey*, 524 U.S. 206 (1998) sostienen que los términos y provisiones del Título II de la Ley de 1990 sobre estadounidenses con discapacidades (o *Title II of the Americans with Disabilities Act* en inglés) son idénticas a las de la Sección 504 y se aplican a los estados), son extensivas a cualquier persona que:

- i. tenga un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades más importantes de la vida de esa persona,
- ii. tenga una historia de tal impedimento, o (3) se considere que tiene tal impedimento.

La ley requiere que se desarrolle un plan de alojamiento para los estudiantes que califican para los servicios bajo la Sección 504.

En todas las instalaciones, no pudimos encontrar ningún estudiante a quien se le hubiera brindado un plan de alojamiento de Sección 504, aunque muchos jóvenes calificarían para tales planes. No existe ningún proceso formal ni ningún coordinador identificado para facilitar el desarrollo o implementación de los planes de alojamiento de Sección 504 y como resultado, no se desarrollan planes para los estudiantes, lo que reduce su beneficio potencial del programa educativo.

#### **e. Fallo en proporcionar alojamiento para los jóvenes con discapacidades**

Como se mencionó antes, el componente básico del programa de tratamiento que se usa en las instalaciones es el currículo de tratamiento Limitar y Liderar (*Limit and Lead* en inglés). Este programa consiste de cuatro niveles diferentes. Para ser liberados de custodia, los jóvenes deben progresar a través de los

---

<sup>15</sup> *Limit and Lead* es el principal programa de tratamiento en las instituciones y consiste en un currículo diseñado para “cambiar la mentalidad delictiva”. La versión de *ADJC* es una modificación del programa terapéutico *Limit and Lead*, diseñado originalmente para el tratamiento de delincuentes sexuales y que se explica en detalle más adelante. El programa incluye componentes de lectura y escritura.

diferentes niveles. Mientras que el programa de tratamiento incluye libros de trabajo que son escritos para un nivel de lectura de séptimo grado, los datos entregados por el superintendente de la escuela al momento de nuestras visitas indicaban que un porcentaje considerable de los jóvenes en *Adobe* y *Black Canyon*, y casi la mitad de los jóvenes en *Catalina*, leen por debajo del nivel de séptimo grado. La siguiente tabla resume los datos:

<b>Instalación</b>	<b>Jóvenes que leen por debajo del nivel de séptimo grado</b>	<b>Jóvenes que leen por debajo del nivel de segundo grado</b>
<i>Adobe</i>	28%	10%
<i>Black Canyon</i>	38%	3%
<i>Catalina</i>	48%	6%

Por consiguiente, muchos estudiantes no tienen la capacidad de leer los materiales requeridos para el programa de tratamiento de forma independiente. Además, el personal de tratamiento, que no tiene capacitación ni se espera de él que haga adaptaciones ni en la enseñanza ni en los materiales para los jóvenes con dificultades de lectura, no parecía estar preparado para ayudar a los estudiantes con problemas para leer. De este modo, a los estudiantes con dificultades para la lectura, incluyendo muchos estudiantes que reciben servicios de enseñanza especial, se les presenta un reto para poder completar el programa con éxito. Como completar el programa es un prerrequisito para la liberación de las instituciones, el fallo en brindar facilidades para los jóvenes discapacitados tiene consecuencias particularmente adversas.

#### **D. CUIDADOS MÉDICOS INADECUADOS**

Los menores en las instalaciones tienen derecho a recibir cuidados médicos adecuados. Ver Sharp v. Weston, 233 F.3d 1166, 1172 (9th Cir. 2000). Sin embargo, los servicios que verdaderamente se prestan a los jóvenes en *Adobe*, *Black Canyon*, y *Catalina* son terriblemente deficientes y exponen a los jóvenes a un riesgo de sufrir un daño significativo. Las deficiencias son el resultado de un cuidado inadecuado por parte de las enfermeras, prácticas peligrosas de administración de medicamentos, programas inadecuados de control de calidad y de control de infecciones, servicios farmacéuticos inadecuados, y servicios dentales inadecuados en *Catalina*.

##### **1. Servicios de enfermería inadecuados**

Las normas profesionales generalmente aceptadas dictan que las enfermeras deben documentar una descripción y evaluación del problema médico de un individuo en las notas de progreso de la ficha médica. El tomar los signos vitales (ritmo cardíaco, presión de la sangre y temperatura corporal) y documentarlos es una de las prácticas de enfermería más básicas. El no obtener esa información básica limita significativamente la capacidad de un practicante de la medicina de

evaluar la condición médica de un menor y coloca al menor en riesgo de sufrir daño. Asimismo, una documentación apropiada sirve como registro del tratamiento recibido y de la eficacia de cualquier tratamiento dado. Al no encontrarse la documentación médica apropiada, es casi imposible para el personal de salud en las instituciones el determinar si se está brindando un tratamiento médico apropiado. Nuestra revisión del servicio de enfermería en todas las instalaciones demostró deficiencias sustanciales. Los siguientes ejemplos sirven de ilustración.

En *Adobe*, la ficha médica de un joven en particular revelaba cuatro distintos errores serios en su cuidado médico en un periodo de seis semanas. Las notas indican que, cuando el joven fue examinado por una enfermera en agosto de 2002, él expresó pensamientos suicidas. Sin embargo, no había documentación sobre el estado de ánimo, el estado mental, patrones de sueño, problemas de salud mental en el pasado, ni tampoco un historial de intentos de suicidio previos. En el área donde se debió haber documentado la evaluación había una raya, indicando que no se había realizado ninguna evaluación. La ausencia de una evaluación a un joven que estaba verbalizando una ideación suicida demuestra la falta de conocimiento básico sobre cuidados clínicos. En setiembre de 2002, el joven fue visto después de ser llevado al suelo como medida de seguridad, y en ese momento el joven se quejó de que estaba “viendo estrellas”. Sin embargo, una vez más, no se había anotado ningún examen neurológico, ni se había documentado ningún signo vital. El joven también fue examinado por un dolor de garganta, pero, si bien la nota de la enfermera indicaba inflamación de amígdalas y se ordenó un cultivo para determinar si había estreptococos, no se obtuvo ningún signo vital, y el cultivo no se obtuvo sino casi dos semanas después. En última instancia, los resultados fueron positivos para estreptococia, una condición dolorosa y altamente contagiosa.

Ejemplos adicionales de cuidados clínicos deficientes incluyen:

➤ En el mes de setiembre de 2002, un joven fue examinado por el personal médico porque se golpeó la cabeza con una puerta en dos ocasiones, lo que le causó laceraciones. A pesar de que es una práctica médica estándar el obtener signos vitales y conducir un chequeo neurológico en casos como ese, las notas de enfermería para ese joven carecían de signos vitales y de un examen neurológico.

➤ Un joven fue examinado por una posible fractura en la mano. Las notas de enfermería indican que iba a haber una re-evaluación en uno o dos días, pero no hubo ninguna entrada de seguimiento que documentara si se había llevado a cabo dicho seguimiento.

➤ Un joven fue examinado el 2 de noviembre de 2002 por experimentar vómito esa mañana. Aunque el tomar los signos vitales en un joven que está vomitando es un cuidado básico, estos no se obtuvieron.

➤ Un joven fue examinado por dolor de cabeza y visión borrosa después de experimentar una lesión en su ojo derecho. No se anotaron signos vitales ni chequeo neurológico.

➤ Una nota de una enfermera con fecha 5 de junio de 2002 afirmaba que la mamá de un joven informó que el joven era alérgico al litio. Esta información no se

incluyó en su hoja médica bajo "alergias" de manera que los proveedores de cuidados médicos fueran alertados inmediatamente sobre esta alergia, lo cual podía haber llevado a efectos secundarios de gravedad.

Debido a que las adolescentes experimentan cambios significativos en su cuerpo conforme experimentan la pubertad, el supervisarlas para saber sus ciclos menstruales regulares es una práctica médica común, ya que la ausencia de menstruación puede ser causada por varias condiciones, incluyendo embarazo, perturbaciones emocionales, medicamentos, nutrición mala, pérdida de peso, anemia o incluso tuberculosis. Nuestra revisión reveló la ausencia de un sistema para chequear las menstruaciones. Por ejemplo, una joven fue admitida en *Black Canyon* el 5 de diciembre de 2002. Su ficha médica indicaba que ella había sufrido un aborto el 19 de julio de 2002, pero no había tenido una menstruación regular desde entonces. El 24 de diciembre de 2002, la joven fue referida por una prueba de *Papanicolaou* anormal. El 7 de enero de 2003, la ficha médica indicaba que ella estaba teniendo menstruaciones "largas" y sangrando excesivamente, pero no había ninguna indicación de que sus menstruaciones estuvieran siendo monitoreadas.

Otra joven fue admitida en *Black Canyon* el 10 de febrero de 2002. Una petición de servicios médicos con fecha de julio de 2002 afirmaba que la joven estaba experimentando dolores en sus senos y que no había tenido la menstruación por más de un año. No fue sino hasta que la joven entregó una solicitud de visita por enfermedad cinco meses después de su llegada a la instalación que el personal médico se enteró de esta condición.

La cobertura de las instalaciones por parte de las enfermeras se brinda de 5:00 a.m. hasta las 10:00 p.m. Durante el turno de la noche, el Director de Enfermería brinda consulta médica por teléfono, según sea necesario. El personal de las residencias o unidades no recibe capacitación para tomar los signos vitales y durante la noche, las decisiones concernientes a si se debe buscar atención médica son tomadas por el personal de la residencia. La ausencia de personal médico durante el turno de la noche, unida a la falta de capacitación del personal de las residencias, coloca a los jóvenes en un serio riesgo.

Un ejemplo del peligroso manejo de problemas médicos serios durante el turno de la noche debido a la ausencia de una enfermera capacitada en el sitio unida a la falta de capacitación del personal de la residencia se ilustra de la forma más aguda en un incidente que ocurrió el 29 de junio de 2002. Esa noche, una joven de *Black Canyon* resbaló y se golpeó la cabeza. Ella fue atendida por personal médico justo antes de que comenzara el turno de la noche. El personal médico recomendó al personal de la residencia que la joven fuera supervisada cada media hora. A las 11:30 p.m., una hora y media después de que el personal médico había abandonado ya la instalación, se descubrió que la joven estaba desorientada y era difícil despertarla. El proveedor de servicios médicos de guardia dio instrucciones para que un miembro femenino del personal de la residencia le administrara a la joven compresiones en el esternón, para despertarla. Este tipo de consulta médica por teléfono ordenando las compresiones en el pecho es una práctica clínicamente inaceptable y un tratamiento potencialmente peligroso para la joven en cuestión. Una vez que se realizaron las compresiones en el pecho, la joven se puso más

alerta, pero luego de 25 minutos comenzó a vomitar y a temblar. La joven fue entonces transportada al hospital de la comunidad. Nuestra revisión no reveló ninguna documentación que verificara que la joven estaba siendo monitoreada cada 30 minutos. Además, debido a que el personal de la residencia no tenía capacitación para tomar signos vitales, no fue capaz de brindar esa importante información al proveedor de servicios médicos de guardia.

En otro caso, un joven de Catalina sufrió una cortada en su ojo. Como no había personal médico en el sitio, se notificó a la enfermera de guardia, pero ella no respondió por más de hora y media.

Aun cuando se supone que las enfermeras deben estar en el sitio, los directores de enfermería de las tres instituciones informaron que frecuentemente están cortos de personal y deben atenerse a enfermeras externas por contrato, quienes frecuentemente no están familiarizadas con las políticas y procedimientos de las instalaciones.

## **2. Peligrosas prácticas de administración de medicinas**

Las prácticas médicas generalmente aceptadas, sin mencionar la lógica básica, recomiendan que las medicinas con receta sólo deben ser tomadas por la persona a la cual se le recetan, únicamente en la dosis recetada y, si la medicina es administrada por un profesional en salud, documentarse debidamente. Sin embargo, las prácticas de administración de medicamentos en las instalaciones para jóvenes en Arizona son deplorablemente inadecuadas.

Como parte de nuestra investigación en el sitio, observamos a enfermeras administrar medicamentos a jóvenes en las tres instituciones. El personal de enfermería no seguía con uniformidad el procedimiento de "observar/tragar" diseñado para asegurar que los jóvenes verdaderamente toman las medicinas recetadas. Varios ejemplos ilustran las deficiencias en la administración de medicamentos y el riesgo en que estas ponen a los jóvenes. Después de que una joven en *Black Canyon* tragó un medicamento desconocido, una búsqueda en su residencia reveló que había unas pastillas rosadas en el cojín del cuarto donde pasan el día. Esta joven fue transportada al hospital, donde se le practicó un lavado de estómago. Otra joven de *Black Canyon* fue encontrada en su cuarto llorando, en posición fetal. Ella le reveló al personal que había tragado diez pastillas que había conseguido con otra joven. Esta joven también fue transportada al hospital para que recibiera tratamiento. En Catalina, un joven informó al personal que había logrado esconder en su boca su medicamento antidepresivo con la intención de acumularlos y usarlos después o para diseminarlos entre otros residentes. Otro joven informó que estaba teniendo dificultad para respirar después de inhalar los contenidos de una cápsula que otro joven le había dado. En Catalina, numerosos informes de incidentes también documentaban que los jóvenes habían acumulado medicamentos psicotrópicos y luego los dieron/vendieron a otros jóvenes.

Los jóvenes también corren peligro sufrir daño en las instalaciones porque no siempre reciben los medicamentos que se les recetan. Una revisión de 30 fichas médicas en Catalina descubrió que en 19 casos, no había documentación que indicara que los medicamentos se hubieran administrado tal y como se había

ordenado. Un patrón similar fue evidente en *Black Canyon*, donde una revisión de 30 fichas médicas reveló la ausencia de documentación en la ficha de 20 jóvenes. Los estándares de prácticas de enfermería dictan que los medicamentos deben administrarse tal y como se recetaron y ser documentados apropiadamente.

### **3. Cuidado dental inadecuado en Catalina**

Con excepción de Catalina, las instalaciones están cumpliendo con su obligación de brindar un cuidado dental adecuado a los jóvenes. En Catalina, los servicios dentales se brindan de forma irregular y generalmente sólo se utilizan para necesidades dentales de emergencia, o para los exámenes iniciales de admisión. En el momento de nuestra visita, había un atraso significativo, y jóvenes que necesitaban procedimientos dentales. El Director de Enfermería nos informó que a muchos jóvenes se les había mandado antibióticos para prevenir infecciones mientras esperaban recibir los servicios dentales necesarios. No estaba claro cuándo se iban a prestar estos servicios. En el momento de nuestra visita en diciembre de 2002, al menos 15 jóvenes requerían cuidados dentales de seguimiento, los cuales no se habían programado.

### **4. Falta de un programa de control de calidad**

Los protocolos de control de calidad son estándar en ambientes de cuidados médicos institucionalizados, y necesarios para monitorear, localizar, identificar tendencias, al igual que para reconocer la necesidad de tomar medidas compensatorias. Las instalaciones no tienen implementado un programa de control de calidad para los servicios de enfermería. Como se indicó anteriormente, los errores en cuanto a medicamentos ocurren con alguna frecuencia en las instalaciones; sin embargo, cuando se les cuestionó al respecto, los Directores de Enfermería o no estaban concientes de la tasa de errores en los medicamentos o subestimaron extremadamente la tasa. Asimismo, los directores de enfermería no hacen auditorías de las fichas con regularidad. Un director de enfermería únicamente había completado auditorías de cinco fichas médicas en el año anterior; los otros dos no habían llevado a cabo ninguna auditoría. Como resultado, las deficiencias en los cuidados de enfermería que se presentaron en este documento no se han identificado, ni corregido.

### **5. Programa de control de infecciones inadecuado**

Las prácticas médicas generalmente aceptadas requieren que las instalaciones como *Adobe*, *Black Canyon* y *Catalina* tengan un programa de control de infecciones para dar seguimiento a incidentes de enfermedades transmisibles, al igual que asegurar respuestas efectivas a las infecciones. La ausencia de un programa de este tipo, dada la estrecha cercanía entre los jóvenes en una institución de justicia juvenil, pone tanto a los jóvenes como al personal a correr el riesgo de enfermarse. Nuestra revisión reveló que las instalaciones carecen de un programa de control de infecciones.

## 6. Servicios farmacéuticos inadecuados

Los servicios de farmacia en todas las instalaciones no se conducen de acuerdo con los estándares profesionales generalmente aceptados. El *ADJC* emplea a un único farmacéutico localizado en *Black Canyon* para preparar las recetas médicas de *Adobe*, *Black Canyon* y *Catalina*. Sin embargo, no existe ninguna indicación de que este farmacéutico lleve a cabo ninguna otra función más que la preparación de recetas.

Por ejemplo, es una práctica estándar que los farmacéuticos participen en el Comité de Farmacia y Terapéutica (*Pharmacy and Therapeutics Committee* en inglés, o *P&T*).<sup>16</sup> Sin embargo, nuestra investigación no descubrió un Comité de *P&T* en ninguna de las instalaciones, ni ninguna revisión de errores médicos por parte del farmacéutico. El propósito del Comité de *P&T* es asegurar prácticas seguras de tratamiento con medicamentos, y las responsabilidades del Comité típicamente incluyen reportar y monitorear cualquier reacción adversa y cualquier error, tomar decisiones sobre el formulario<sup>9</sup> de la institución, desarrollar y revisar los lineamientos y protocolos de los tratamientos, desarrollar políticas y procedimientos para satisfacer los estándares reglamentarios y evaluar el uso de drogas en el caso de solicitudes para medicamentos sin etiqueta<sup>∇</sup> (*off-label*, en inglés). Claramente, el Comité *P&T* cumple con un propósito vital en la administración global de los asuntos y problemas sobre medicamentos, particularmente en cuanto a la supervisión y corrección de errores en los medicamentos. La virtual completa ausencia de un comité funcional en las instalaciones no garantiza que las prácticas sobre medicamentos sean seguras, y esto coloca a los jóvenes en peligro de sufrir daño.

El farmacéutico generalmente también es responsable de mantener el inventario de los botiquines para emergencias médicas. Pero nosotros observamos que los botiquines médicos no contenían una lista de inventario, como requieren los estándares profesionales, y además notamos que en uno de esos botiquines algunos de los medicamentos ya habían expirado. Nuestra revisión no descubrió ninguna evidencia de que estos botiquines hubieran sido revisados durante los seis meses anteriores al día de nuestra visita.

### E. SERVICIOS DE SALUD Y DE REHABILITACIÓN

Los servicios de salud mental, a los cuales tienen derecho los individuos encarcelados según la constitución, ver *Sharp*, 233 F.3d en 1172, son inadecuados para atender las necesidades individuales de los jóvenes en cada una de las tres

<sup>16</sup> Encontramos evidencia únicamente de una sola reunión del Comité de *P&T*, la cual se llevó a cabo el día 10 de enero de 2002.

<sup>9</sup> Nota del traductor: el **formulario** de la institución, que es una lista de los medicamentos que se usan en dicha institución. TV

<sup>∇</sup> Nota del traductor: **medicamentos sin etiqueta**. Esto significa que hay ocasiones en las cuales se receta un medicamento que normalmente se usa para curar otra enfermedad (de acuerdo con la etiqueta del producto), pero que se puede recetar también para otras enfermedades. TV

instalaciones. Los déficits se notan en las áreas de servicios de rehabilitación, incluyendo terapia individual y grupal inadecuada; intervenciones; comunicación interdisciplinaria; y planeamiento para liberación.

## **1. Servicios de salud mental y rehabilitación**

Los jóvenes en las instituciones de justicia juvenil tienen derecho a recibir servicios de rehabilitación adecuados, incluyendo tratamiento individualizado. Ver Sharp, 233 F.3d en el 1172 (citando a Ohlinger v. Watson, 652 F.2d 775, 778 (9th Cir.1980)). Sin un programa de tratamiento individualizado, los menores tienen muchas más posibilidades de convertirse en pupilos del Estado a largo plazo, y de estar simplemente "almacenados" en la institución. Arizona no cumple con sus obligaciones constitucionales en esta área.

Los programas tanto en *Adobe* como en *Black Canyon* consisten más que todo en terapia grupal estandarizada, en la cual casi no se hacen esfuerzos por tratar las necesidades individuales de los jóvenes. Los grupos terapéuticos, guiados por un líder de grupo calificado con capacitación formal y supervisión en dinámicas de grupo, puede ser una herramienta muy útil para el desarrollo de destrezas. Sin embargo, a partir de nuestras observaciones de sesiones grupales y entrevistas a los líderes de grupo, se hizo dolorosamente evidente que, si bien el personal de las instalaciones tenía buenas intenciones, ellos no tenían suficiente entrenamiento para liderar grupos de una manera terapéutica.

También hay una falta de una terapia individual adecuada y apropiada en *Adobe* y *Catalina*. Por ejemplo, un joven en *Adobe* trató de suicidarse cortándose los dos brazos. Después de ser tratado en emergencias, el joven fue colocado en la Unidad de Separación, pero no recibió terapia individual. Otro joven se golpeó a sí mismo con un tubo del lavatorio, sin embargo no hubo indicación de que hubiera recibido ninguna terapia individual. Después de la muerte del padrino de uno de los jóvenes, y los registros de comunicaciones indicaron que él estaba afectado por la muerte, al personal nada más se le dio instrucciones de "mantenerlo ocupado", en lugar de brindarle una intervención terapéutica apropiada. En *Catalina*, encontramos a un joven que estaba en la Unidad de Separación por tratar de cortarse a sí mismo, y él mismo nos informó que no tenía un terapeuta con quien hablar. Si bien este joven afirmó que había recibido unas pocas visitas por parte de una persona de salud mental mientras estaba en la Unidad de Separación, él notó que no conocía a esta persona y por consiguiente, no fue capaz de conversar con ella sobre sus problemas. Este joven parecía estar extremadamente deprimido y en necesidad de una terapia individual.

Los psicólogos colegiados y los psicólogos que entrevistamos informaron que la terapia individual no es un tratamiento apoyado por la administración de las instalaciones. Más bien, las instalaciones dependen de *Limitar y Liderar* (*Limit and Lead* en inglés), un programa terapéutico diseñado originalmente para tratar infractores sexuales. El personal de salud mental informó que mucho del programa *Limitar y Liderar* es inapropiado para los jóvenes, y un psicólogo reportó que este programa más bien debilita la limitada terapia individual que se brinda. El personal de salud mental en todas las instalaciones expresó su opinión de que las necesidades de terapia de los jóvenes no estaban siendo atendidas.

La escasez de personal clínico en las instalaciones empeora el enfoque de “un tamaño para todas las tallas” hacia el programa terapéutico. La gran variedad de jóvenes asignadas a la residencia *Pride* ejemplificaba la deficiencia.<sup>17</sup> Las residentes de la unidad *Pride* incluían muchachas que tenían casi 18 años de edad y por consiguiente, estaban muy cerca de la liberación obligatoria. Otras eran más jóvenes y más agresivas sexualmente, o más jóvenes y más agresivas físicamente. Otras más eran muchachas de bajo funcionamiento que habían estado durante años en *Black Canyon*, en algunos casos sin avanzar en el sistema de niveles necesario para su liberación. Las jóvenes con necesidades distintas recibían terapia juntas, y no es sorprendente que dicha terapia surtiera poco efecto.

## **2. Intervenciones de salud mental inadecuadas**

Las instalaciones afirman que brindan un ambiente terapéutico, pero en realidad no es así. El ambiente terapéutico es un modo de tratamiento en el cual el personal deliberadamente planea y estructura el ambiente interpersonal y físico de un joven. El propósito de un ambiente terapéutico es crear la estructura necesaria para el desarrollo de independencia, responsabilidad y un saludable sentido del yo, que son características de las que carecen los jóvenes delincuentes. El personal en un ambiente terapéutico usa cada interacción con los jóvenes como una oportunidad de alentar el desarrollo. Nuestra revisión de los archivos, entrevistas con el personal y los jóvenes, y las observaciones en el sitio, revelaron la ausencia de un ambiente terapéutico en las instalaciones.

El personal pasa la mayoría de su tiempo respondiendo a incidentes y crisis, concentrando su atención en aquellos jóvenes que se lastiman a sí mismos. Algunos miembros del personal reflejaban actitudes desfavorables que son inconsistentes con cualquier enfoque terapéutico. Un miembro del personal indicó que un joven había estado diciendo por meses que se iba a suicidar, pero que el empleado no tomaba esas amenazas en serio porque el joven hasta entonces no había hecho ningún intento de suicidio. Otro empleado afirmó que si un joven era serio sobre su intención de suicidarse, ese joven debería agarrar un cuchillo o una soga y “solamente hacerlo”. Otro miembro del personal le dijo a un joven que recientemente había hecho un gesto suicida que “él necesitaba ser hombre y aguantar”. En vista de los tres suicidios que han ocurrido en *Adobe* desde el mes de abril de 2002, estas actitudes son alarmantes.

## **3. Comunicación interdisciplinaria inadecuada**

La comunicación entre las diferentes disciplinas en las instalaciones es fragmentada. No existe un sistema formal para que la información llegue a todas las áreas para asegurar que se brinde un cuidado consistente. Los archivos médicos, los registros de salud mental, y las notas sobre tratamiento no están integrados. No existe una documentación secuencial de los eventos. Esta deficiencia

---

<sup>17</sup> Es nuestro entender que después de nuestra visita a *Black Canyon*, la unidad *Pride* fue cerrada y las jóvenes fueron reasignadas a otras residencias. Si bien este cambio de ambiente puede haber tenido un efecto saludable, no hemos sido informados sobre cambios programáticos sustanciales.

impide que el psiquiatra del tratamiento obtenga la opinión del personal tanto profesional como el no profesional, e impide que él se mantenga informado acerca del estado de los síntomas que se están tratando, el rechazo a tomar medicamentos, lesiones, cambios de conducta, efectos secundarios de las medicinas, o problemas educativos.

#### **4. Planeamiento de liberación inadecuado**

El planeamiento para la liberación es un componente esencial de un plan de rehabilitación, porque eso ayuda a identificar las metas de tratamiento individuales para un joven. Nuestra investigación reveló un planeamiento para liberación inadecuado en todas las instituciones. Los planes de liberación consistían en la fecha del último examen médico, cualquier medicamento que el joven estuviera tomando, cualquier enfermedad crónica (como por ej. asma), y la necesidad de cualquier cita médica de seguimiento. Los planes de liberación no tomaban en cuenta información sobre el estado mental del joven, su nivel educativo, su colocación, ni un resumen de progreso. Los resúmenes de liberación brindaban una información extremadamente limitada sobre el tratamiento de un joven en la instalación, y son inconsistentes con los estándares de tratamiento profesionales.

#### **5. Servicios psiquiátricos**

Los servicios psiquiátricos en las instituciones eran generalmente adecuados. Se estaban llevando a cabo evaluaciones psiquiátricas, y las justificaciones clínicas para la mayoría de los diagnósticos eran evidentes. Notamos un área de deficiencia en relación con la supervisión de los jóvenes que toman medicamentos antipsicóticos atípicos. Los jóvenes que toman este tipo de medicamentos deben ser evaluados regularmente para descartar la presencia de disquinesia tardía (*Tardive Dyskinesia* en inglés), un efecto secundario potencial de los medicamentos neurolépticos (antipsicóticos) que se manifiesta mediante movimientos involuntarios y rítmicos de la lengua, la boca, la mandíbula o las extremidades. El examen para detectar este efecto secundario irreversible debe realizarse y documentarse mediante el uso de la Escala de Movimientos Involuntarios Anormales (*Abnormal Involuntary Movement Scale* o *AIMS*, por sus siglas en inglés) o la escala DISCUS (*Dyskinesia Identification System, Condensed User Scale* en inglés). Nuestra revisión de las fichas médicas de los jóvenes que recibían antipsicóticos atípicos no mostraban si el *AIMS* o el *DISCUS* se administraban con regularidad.

### III. MEDIDAS COMPENSATORIAS

Con el propósito de rectificar las deficiencias identificadas y proteger los derechos constitucionales y las disposiciones jurídicas concernientes a los jóvenes confinados en *Adobe*, *Black Canyon* y *Catalina*, estas instalaciones deben implementar, como mínimo, las siguientes medidas:

1. Asegurar alojamiento, supervisión y documentación adecuados a aquellos jóvenes que sean identificados como suicidas en potencia. Asegurar que las condiciones ambientales actuales que plantean riesgos para los jóvenes con tendencias suicidas sean eliminadas.
2. Asegurar que todos los empleados que están en contacto con los jóvenes estén adecuadamente capacitados en temas tales como identificación, prevención, supervisión de suicidio, e intervenciones.
3. Desarrollar e implementar procedimientos para asegurar que ocurra una comunicación interdisciplinaria entre todo el personal de contacto directo y el personal de salud mental que está en contacto con jóvenes suicidas en potencia.
4. Asegurar que haya un número suficiente de personal de contacto directo y personal supervisor adecuadamente capacitados para supervisar a los jóvenes de una forma segura y protegerlos de cualquier daño. Asegurar que haya personal adecuado para permitir que los jóvenes usen los servicios sanitarios de forma oportuna.
5. Desarrollar e implementar procedimientos de queja adecuados para asegurar que los jóvenes tengan acceso a un proceso de queja funcional y receptivo.
6. Asegurar que las investigaciones sobre abuso sean llevadas a cabo de forma rigurosa y oportuna por parte de investigadores capacitados. Desarrollar e implementar una política para que los jóvenes informen directamente sobre las acusaciones de abuso de forma independiente al proceso de queja.
7. Desarrollar e implementar políticas que eliminen el uso del confinamiento disciplinario sin las adecuadas protecciones de un debido procedimiento legal.
8. Asegurar que se implementen medidas correctivas de seguridad en la Escuela *Catalina Mountain* para atender los descuidos de seguridad.
9. Brindar servicios de educación general y enseñanza especial adecuados en todas las instalaciones, incluyendo conformidad con todos los requisitos de la ley *IDEA*, y programas vocacionales.

10. Cumplir con todos los requisitos de la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, y de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades.
11. Brindar un personal adecuadamente capacitado en Catalina, al igual que recursos y programas de control de calidad para asegurar el acceso a cuidados médicos, incluyendo servicios dentales.
12. Desarrollar e implementar un programa apropiado de control de calidad para cuidados médicos.
13. Desarrollar e implementar un programa efectivo de control de infecciones.
14. Asegurar que los estándares profesionales para la administración de medicamentos sean seguidos por todo el personal médico, incluyendo servicios de farmacia para la revisión regular de los regímenes de medicamentos para los jóvenes, realizar inventarios de los medicamentos, y reuniones regulares de Farmacia y Terapéutica (*P&T*).
15. Asegurar que se presten servicios de salud mental adecuados a todos los jóvenes, incluyendo terapia individual y grupal adecuada, y que se de una comunicación interdisciplinaria adecuada para facilitar el tratamiento de salud mental.
16. Asegurar que se lleve a cabo un plan de liberación apropiado.

\* \* \* \* \*

Durante las entrevistas de salida y en nuestras visitas en sitio, entregamos a oficiales del Estado las observaciones preliminares realizadas por nuestros consultores expertos. Los oficiales estatales y el personal de las instituciones reaccionaron de forma positiva y constructiva a las observaciones y recomendaciones sobre mejoras. El enfoque colaborador que las partes han tomado hasta ahora ha sido productivo. Esperamos poder continuar trabajando con el Estado de una forma amigable y cooperativa para resolver las deficiencias que se describieron previamente. Además, dada la cooperación en este asunto y los deseos expresados por los oficiales estatales de mejorar las condiciones en las instalaciones, nosotros también enviaremos por aparte informes de nuestros consultores que proporcionan resultados más detallados y recomendaciones para atender las deficiencias que ellos encontraron en la operación de las instalaciones. Aunque las evaluaciones y el trabajo de los expertos consultores no necesariamente reflejan las conclusiones oficiales del Departamento de Justicia, las observaciones, análisis y recomendaciones de nuestros consultores proporcionan una mayor elaboración de los temas que se trataron anteriormente, y ofrecen ayuda práctica para hacerles frente.

En el inesperado evento de que las partes no sean capaces de alcanzar una resolución con respecto a nuestras preocupaciones, estamos obligados a notificarles que 49 días después del recibo de esta carta, el Fiscal General (*Attorney General* en inglés) puede entablar un juicio de conformidad con la ley *CRIPA*, para corregir las

deficiencias mencionadas. 42 U.S.C. §1997b(a)(1). Por lo tanto, pronto contactaremos a los oficiales del Estado para analizar en más detalle las medidas que deben tomarse para tratar las deficiencias que se han identificado en este documento.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'RMAA', with a long horizontal stroke extending to the right.

R. Alexander Acosta  
Asistente del Fiscal General

cc: Honorable Terry Goddard  
Fiscal General  
Estado de Arizona

Mr. Michael Branham  
Director Interino  
Departamento de Correcciones Juveniles de Arizona

Mr. Peter Luszczak  
Superintendente, Escuela *Adobe Mountain*

Ms. Judy Dyess  
Superintendente, Escuela *Black Canyon*

Ms. Vicky Bradley  
Superintendente, Escuela *Catalina Mountain*

Señor Mr. Paul K. Charlton  
Fiscal General  
Distrito de Arizona

Honorable Roderick R. Paige  
Secretario  
Departamento de Educación de los Estados Unidos

Mr. Robert H. Pasternack  
Secretario Asistente  
Oficina de Educación Especial y Servicios de Rehabilitación  
Departamento de Educación de los Estados Unidos

Ms. Stephanie S. Lee  
Directora  
Oficina de Educación Especial y Servicios de Rehabilitación  
Departamento de Educación de los Estados Unidos